

ВАКЦИНА ПРОТИВ СЕЗОННОГО ГРИППА ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗРЕШЕНИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ

Учебный год:

NPI:

School name:

Фамилия, имя полностью:		Дата рождения: / /	Возраст	Пол: <input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж
Улица:		Город:	Почтовый индекс:	Контактный телефон в течение дня:
Класс:	Учитель:		Школьный административный район	

данное лицо американский индеец или уроженец Аляски? да нет

данное лицо не имеет медицинской страховки? да нет

Имеет ли данное лицо Мэйнкэр (Мединейд)? да нет

Идентификационный номер Мэйнкэр: _____

Имеет ли данное лицо частную медицинскую страховку? да нет

Название страховой компании: _____

Идентификационный номер: _____ Групповой номер: _____

Имя и фамилия владельца страхового полиса: _____ Дата рождения: _____

Фамилия, имя врача: _____ Контактный телефон: _____

Please answer the following questions about the person named above. Comments may be written on the back of this form.

ДА **НЕТ**

1) Имеет ли данное лицо серьезную (угрожающую жизни) аллергическую реакцию на яйца?		
2) Возникла ли у данного лица когда-либо тяжелая аллергическая реакция после введения вакцины от гриппа?		
3) Страдало ли когда-либо данное лицо синдромом Гийена-Барре?		
Если вы ответили "да" на любой из вопросов с 1-го по 3-ий, пожалуйста, обратитесь к вашему лечащему врачу с целью вакцинации против гриппа.		
4) Имеет ли данное лицо астму; текущую бронхолегочную обструкцию (свистящее дыхание); историю бронхолегочной обструкции для детей младше 5 лет; проблемы с сердцем, почками, легкими, диабет или находится ли в состоянии беременности или кормления грудью?		
5) Принимает ли данное лицо на регулярной основе аспирин или проходит ли лечение медицинским препаратом, содержащим аспирин? (Детям и подросткам не рекомендуется давать аспирин в течение 4 недель после получения FluMist.)		
6) Имеет ли данное лицо ослабленную иммунную систему или находится ли в тесном контакте с человеком, который имеет ослабленную иммунную систему?		
7) Принимало ли данное лицо Tamiflu, Relenza, амантадин или римантадин в течение последних 48 часов?		
8) Проходило ли данное лицо какую-либо другую вакцинацию в последние 4 недели? Если «да», Вид _____ Дата _____		

Если Вы ответили «да» на какой-либо из вопросов 4-7, данному лицу нельзя давать интраназальную вакцину от гриппа

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ

- Мне предоставили копию Информационного отчета о вакцинации против гриппа. Я ее прочел (прочла), либо мне объяснили ее содержание и я понимаю пользу и факторы риска вакцины против гриппа.
- Я даю разрешение на внесение записи о данной вакцинации в Информационную систему иммунизации шт. Мэн ImmPact.
- Я даю свое согласие на прививку данному лицу той вакцины, которая рекомендована медработником, осуществляющим прививку.
- Я даю разрешение на осуществление вакцинации против гриппа вышеуказанного лица, расписываясь ниже.

X _____ Дата: _____

Подпись родителя/опекуна в случае, если лицо, получающее прививку, является несовершеннолетним, либо подпись совершеннолетнего, получающего прививку

Имя родителя/опекуна печатными буквами: _____

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ/FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi vial	

								State Supplied
								Y N